Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

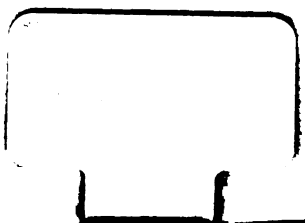
B 3 745 705

W1
DE
504

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

v.63#44, November 4, 1916

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

U.C. MEDICAL CENTER LIBR.
DEC 4 1962

Dermatologische Wochenschrift

früher: Monatshefte für praktische Dermatologie

Unter Mitwirkung von

J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, CH. AUDRY-Toulouse, J. de AZUA-Madrid, A. BAYET-Brüssel, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, A. BLASCHKO-Berlin, I. BLOCH-Charlottenburg, M. BOCKHART-Wiesbaden, E. BODIN-Rennes, L. BROCQ-Paris, H. G. BROOKE-Manchester, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, A. BUSCHKE-Berlin, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, J. DARIER-Paris, K. DOHI-Tokio, E. EHLERS-Kopenhagen, S. EHRMANN-Wien, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. von FICK-Wien, E. FINGER-Wien; E. FRAENKEL-Hamburg, E. GALEWSKY-Dresden, S. GROSZ-Wien, M. HAASE-Memphis, Tenn., L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, H. HALLOPEAU-Paris, J. HELLER-Charlottenburg, M. HODARA-Konstantinopel, E. HOFFMANN-Bonn, J. JADASSOHN-Bern, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, A. KOLLMANN-Leipzig, E. KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Krakau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEISTIKOW-Hamburg, H. P. LIE-Bergen, L. MERK-Innsbruck, E. MORO-Heidelberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, G. NOBL-Wien, M. OPPENHEIM-Wien, M. PELAGATTI-Parma, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New-York, C. POSNER-Berlin, A. POSPELOW-Moskau, E. RIECKE-Leipzig, K. RÜHL-Turin, P. RUSCH-Wien, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. P., O. SEIFERT-Würzburg, J. SELENEW-Moskau, E. TOMASCZEWSKI-Berlin, L. TORÖK-Budapest, A. TRÝB-Prag, P. UHLENHUTH-Straßburg i. E., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Klausenburg, H. VÖRNER-Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien

herausgegeben von

P. G. UNNA Hamburg | P. TAENZER Bremen | J. H. RILLE Leipzig | E. DELBANCO Hamburg

63. Band

Verlag von Leopold Voss, Leipzig

Nr. 44 | Sonnabend, den 4. November | 1916

JODTROPON

Internes Jodpräparat in Tabletten 0.05 bzw. 0.025 g Jod fest an Eiweiß gebunden, von angenehmem Geschmack, ohne Nebenerscheinungen, verstärkte Jodheilwirkung. Angezeigt bei Lues, Arteriosklerose usw.
Original-Packung mit Tabl. 20 X ½ g M. 1.25; 20 X 1 g M. 2.—.

FEJOPROT

enthält Eisen und Jod je 0,025 g pro Tablette in fester Bindung an Eiweiß. Angezeigt bei Skrofulose im kindlichen Alter. Wohlschmeckend, leicht verträglich.
Original-Packung mit 20 Tabletten M. 1.70.

Troponwerke A.-G., Cöln-Mülheim.

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH IN LEIPZIG

Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege!

Von **Prof. Dr. A. Blaschko**, Berlin.

35 Seiten. 1915. M. 1.—.

Verfasser schildert anschaulich den wilden Geschlechtsverkehr, wie er sich im Gefolge des großen Weltkrieges daheim und hinter der Front abspielt. Er zeigt, wie man den Gefahren, die aus diesen Mißständen erwachsen, wirksam begegnen kann und was beim Friedensschluß zu geschehen hat, um eine Verschleppung der Geschlechtskrankheiten in die Familien der Heimgekehrten und damit eine Verseuchung der ganzen Nation zu verhüten.

Digitized by Google

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

4. November 1916 | Nr. 44 | Band 63

Aus der syphilidologischen Klinik des Karolinischen Institutes (Vorstand: Prof. Dr. J. Almkvist) in Stockholm.

Behandlung von Bubonen mit künstlicher Temperatursteigerung.

Von

Prof. Dr. Johan Almkvist.

Seitdem die Bedeutung örtlich applizierter Wärme infolge der Wärmebehandlungsmethoden Welanders, Audrys u. a. festgestellt worden ist, scheinen verschiedene Formen örtlicher Wärmebehandlung eine immer ausgedehntere Anwendung erhalten zu haben. Man kann indessen beobachten, daß alle die Leiden, welche durch eine derartige von außen her applizierte Wärme beeinflußt werden, eine günstige Beeinflussung auch durch Erhöhungen der Körpertemperatur erfahren. Und in Wirklichkeit war auch der Umstand, welcher Welander zu der Entdeckung seiner Wärmemethode führte, der, daß er in einem Falle schwerer Ulcera mollia sah, wie diese ohne irgend welche Behandlung rasch sich reinigten, nachdem der Patient eine Pneumonie mit hohem Fieber durchgemacht hatte. Ferner muß es meines Erachtens auch einem jeden, der sich viel mit örtlich applizierter Wärme beschäftigt hat, klar sein, daß die örtliche Wärmebehandlung in denjenigen Fällen fehlschlägt, wo die Wärme nicht an den Krankheitsherd herangelangen kann. Insbesondere scheint mir die gesunde Haut dem Hindurchdringen der Wärme einen kräftigen Widerstand entgegenzusetzen.

Daß infolgedessen eine Erhöhung der allgemeinen Körpertemperatur, als eine Wärmesteigerung durch die ganze Masse des Körpers hin hervorrufend, in vielen Fällen eine bessere Therapie abgeben müßte als die von außen her örtlich applizierte Wärme, ist ein Gedanke, der wohl recht nahe liegt. So habe ich denn auch seit vielen Jahren daran gedacht, bei solchen Veränderungen, die durch Wärme beeinflußt zu werden pflegen, infolge ihrer Lage aber einer von außen her angebrachten Wärmebehandlung nicht zugänglich sind, die Wirkung künstlich hervorgerufener Temperatursteigerungen zu prüfen. Die Ursache, weshalb ich erst jetzt diese Versuche ausgeführt habe, ist der Mangel an einem guten Mittel zur Bewirkung dieser Temperatursteigerungen.

Digitized by Google

Es gibt zwar eine ganze Menge Mittel wie auch Verfahren, durch die eine Steigerung der Körpertemperatur erzielt werden kann, die meisten derselben sind aber aus dem einen oder anderen Grunde als therapeutische Methode ungeeignet.

Infektionen, wie Erysipelas oder andere, sind zu unsicher und zu gefährlich, als daß sie zu therapeutischen Zwecken Verwendung finden könnten, und das gleiche dürfte man von artfremdem Eiweiß, das bei seinem Zerfall Temperatursteigerungen bewirkt, sagen können, da hierbei unter besonderen Umständen bei „Überempfindlichkeit" Anaphylaxiefieber eintreten kann. Demungeachtet hat Bier (2) bereits 1901, und wie er behauptet, mit ermutigendem Resultat, artfremdes Eiweiß in Form von Tierbluttransfusionen als temperatursteigerndes Mittel in therapeutischer Absicht angewandt.

Einige eiweißartige Stoffe, wie Albumosen, sind ferner zur Hervorrufung von Temperatursteigerungen von Krehl und Matthes (14 und 15) sowie von Dehio (5) verwendet worden, welch letzterer zu diesem Zwecke auch Bakterienproteine versucht hat. Abgetötete Bakterien können gleichfalls zur Erhöhung der Körpertemperatur benutzt werden. Insbesondere hat Buchner (4) hiermit gearbeitet.

Von rein chemischen Mitteln besitzen wir ebenfalls einige, die unter gewissen Umständen temperatursteigernd wirken können, so das typische Sympathikusgift Adrenalin (8) und das ebenso auf die Sympathicuszentra elektiv wirkende Tetrahydronaphthylamin (auch Thermin genannt), das besonders von R. Stern (23 und 24) geprüft worden ist, des weiteren einige gleichfalls zentral reizende Stoffe, wie Koffein, Kokain und Atropin. Eine sichere Wirkung, die sie praktisch verwendbar macht, eignet jedoch nicht diesen Stoffen. Dasjenige von ihnen, das als am kräftigsten temperatursteigernd geschildert wird, nämlich das Tetrahydronaphthylamin, habe ich selbst in mehreren Fällen versucht, aber obwohl man bei Tieren mit demselben eine Temperatursteigerung von 3—4 Graden erzielen kann, habe ich beim Menschen nur eine schwache Temperatursteigerung und zudem sehr selten erhalten, meistens dagegen einige Vergiftungssymptome, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit usw.

Von allen bisher benutzten Methoden zur Erhöhung der Körpertemperatur scheinen mir daher nur zwei eine eigentliche Verwendbarkeit in der Praxis zu besitzen, und beide sind auch in recht großer Ausdehnung, vor allem in der Psychiatrie, zur Anwendung gekommen.

Die eine dieser Methoden besteht in Injektionen von nukleinsaurem Natrium. Dieser Stoff wurde zuerst von Mikulicz (16) im Jahre 1904 wegen seiner Fähigkeit, Hyperleukozytose hervorzurufen, als Schutzmittel gegen Infektionen bei chirurgischen Operationen empfohlen und ist dann

Digitized by Google

seiner Wirkung nach von Renner (21), Hannes (13), Miyake (17) und Tscherbobuzki (25) studiert worden, welch letzterer nachgewiesen hat, daß die Nukleinsäure außer Hyperleukozytose auch Temperatursteigerung, sowie ferner eine Steigerung fermentativer Prozesse in gewissen Organen, vor allem dem Gehirn, hervorruft. In größerem Maßstabe ist das nukleinsaure Natrium von Carl Stern (22) gegen Syphilis, ferner von Donath (6 und 7), Tsiminakis (26) und O. Fischer (10) bei Paralysie générale sowie von Franz Hauber (12) bei mehreren Psychosen angewandt worden. Man ist gewöhnlich zu sehr großen Dosen, 0,5—1,0 g oder noch mehr jeden 4.—7. Tag, hinaufgegangen. In Kombination mit Quecksilber in Form von quecksilbernukleinsaurem Natrium ist das Mittel von O. Fischer (10 und 11) und J. Almkvist (1) angewandt worden.

Die andere temperatursteigernde Methode, der ein praktischer Wert zugesprochen werden kann, besteht in Tuberkulininjektionen. Diese Methode wurde 1905 von v. Wagner (27 und 28) zu einer Behandlungsmethode für progressive Paralyse ausgearbeitet und ist dann in großem Umfange von A. Pilcz (18, 19 und 20) sowie auch von O. Fischer (11) angewandt worden. In der Dosierung ist man bis zu 0,4—0,5 g Alttuberkulin hinaufgegangen.

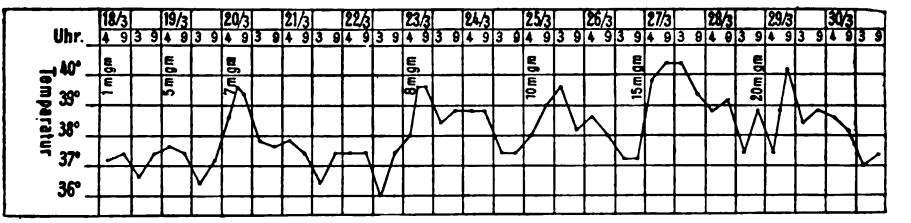
Da nun diese beiden Methoden in der Praxis eine gewisse Verbreitung erlangt hatten, lag es für mich am nächsten, ihre Einwirkung auf solche Leiden zu prüfen, bei denen man von der Wärmewirkung einen Erfolg erhoffen konnte, die aber äußerer Wärmeapplikation unzugänglich waren. Als ein solches Leiden betrachtete ich Bubonen und wählte sie zu meinen Versuchen.

Indessen war es mir unmöglich, bei Patienten mit Bubonen zu denselben großen Dosen wie den obengenannten hinaufsteigen zu können. Ich habe bei bedeutend niedrigeren stehen bleiben müssen. Für meine Dosierung habe ich daher keinen Nutzen von der Erfahrung bei früheren Behandlungen gehabt, sondern habe mich dabei nur an die Regel halten können, so viel zu geben, wie die Patienten vertrugen. Zur Nukleinsäurebehandlung habe ich das Merckscbe Natrium nucleinicum, dargestellt aus Hefenukleinsäure, verwendet. Die subkutanen Injektionen dieses Präparates erwiesen sich sofort als so schmerzhaft, daß ich recht bald zu intravenösen Injektionen einer wässerigen Lösung 1 : 1000 überging. Soviel ich weiß, ist die intravenöse Behandlung mit Nukleinsäure nur an Hunden von G. Ewald (9) versucht worden. Für die Tuberkulinbehandlung habe ich das Kochsche Alttuberkulin in wässeriger Lösung in Form von subkutanen Injektionen benutzt.

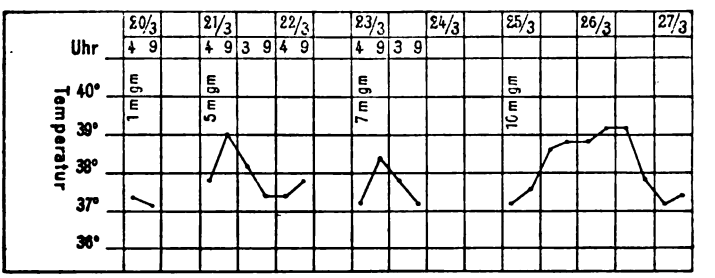
Insgesamt habe ich 13 Fälle von Bubonen behandelt und will als Beispiele die folgenden acht mitteilen.

Digitized by Google

Fall 1. 21jähriger Magazingehilfe. Hatte, als er am 2. II. 1915 ins Krankenhaus aufgenommen wurde, seit einem Monat einen insonten rechtsseitigen Bubo, der nun fast apfelsinengroß, hart, wenig empfindlich war und in der Mitte etwas gerötete Haut zeigte. Keine Zeichen von Syphilis. WR negativ. — Wurde zunächst 39 Tage lang, obwohl mit kleineren Unterbrechungen, mit Welanders Wärmemethode, von außen her auf die Haut appliziert, behandelt, wobei die Erhabenheit des Bubo abnahm, derselbe sich aber mehr der Länge nach ausdehnte, so daß er schließlich die Größe und Form eines Gänseeies hatte. Am 18. III. wurde Tuberkulinbehandlung in steigenden Dosen von 1—20 mg (siehe die Kurve) begonnen. Temperaturmaximum 40,4°. Nach zwölftägiger Behandlung hatte der Bubo sich gesenkt, so daß nur ein dünner, diffus begrenzter Rest von ihm zu fühlen war.



Fall 1. Tuberkulininjektionen.



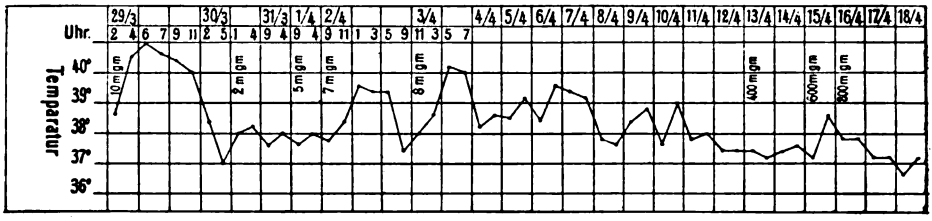
Fall 2. Tuberkulininjektionen.

Fall 2. 39jähriger früherer Kaufmann. Hatte, als er am 8. III. in die Klinik aufgenommen wurde, Ulcera mollia und einen linksseitigen, mehr als pflaumengroßen, stark empfindlichen sowie einen rechtsseitigen, haselnußgroßen, gleichfalls empfindlichen Bubo. Nach zwölf Tagen (am 20. III.) waren die Geschwüre durch Behandlung mit Kupfersalbe geheilt und der rechtsseitige Bubo unter Druckverband verschwunden, der linksseitige Bubo aber war trotz Druckverband zu Hühnereigröße angewachsen und hatte sich außerdem unter das Lig. Poupartii ausgebreitet. Am selben Tage wurde mit Tuberkulinbehandlung begonnen (siehe die Kurve). Die Dosis ging nie über 10 mg hinaus, da eine langdauernde Temperatursteigerung nach derselben auftrat. Höchsttemperatur 39,1°. Nach achttägiger Behandlung dieser Art war der Bubo von seiner Hühnereigröße zu unbedeutenden strangförmigen Verhärtungen verkleinert.

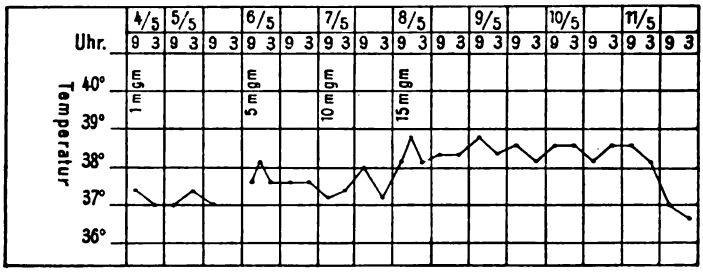
Fall 3. 35jähriger Heizer. Hatte bei der Aufnahme in die Klinik am 26. III. einen gänseeigroßen, wenig empfindlichen, aber sehr harten, strumösen Bubo. Wurde bis zum 29. III. nur mit Druckverband behandelt. An diesem Tage wurde mit intravenösen Injektionen von nukleinsaurem Natrium begonnen, das in Dosen von 2—10 mg

Digitized by Google

bis zum 3. IV. einschließlich (siehe die Kurve) verabreicht wurde. Höchsttemperatur 41,0°. Nach dem 3. IV. trat eine unregelmäßige Temperatursteigerung auf 38—39,6° C auf, die bis zum 11. IV. andauerte. Während dieser Zeit auch schwere subjektive Symptome, wie Kopfschmerzen, Mattigkeit, Durst. Der Bubo nahm ziemlich rasch an Größe ab und zeigte am 7. IV. deutliche Fluktuation mit etwas geröteter Haut. Nach dem 11. IV. wurden subkutane Injektionen (siehe die Kurve) verabfolgt, hierbei aber keine Temperatursteigerungen über 38,6° hinaus erhalten. — Am 21. IV. wurde die Bubohöhle eröffnet. Sie war am 2. V. geheilt. Da noch einige harte Reste vorhanden waren, wurden in der Zeit vom 4. V. bis 12. V. (siehe die Kurve) subkutane Tuberkulininjektionen gegeben. Am 22. V. waren diese Reste verschwunden.



Fall 3a. Intravenöse, später subkutane Nukleinsäureinjektionen.



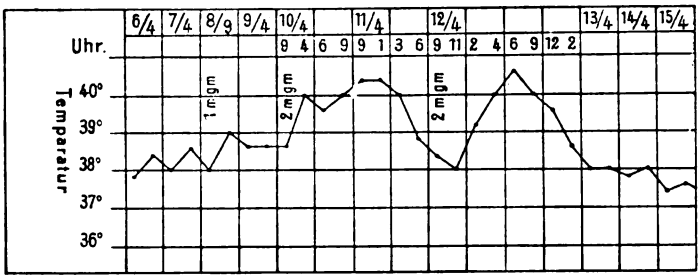
Fall 3b. Tuberkulininjektionen.

Das Resultat war also, daß ein sehr großer und harter Bubo von solcher Art, wie sie kaum anders als bei operativer Behandlung zu verschwinden pflegte, binnen einer Zeit von zwei Monaten ohne Hinterlassung einer größeren Narbenbildung durch Behandlung hauptsächlich mit nukleinsaurem Natrium sowie auch etwas Tuberkulin beseitigt wurde.

Fall 4. 28jährige Krankenwärterin, die sich bei ihrer Arbeit ein Ulcus molle am Nagelwalle des linken Ringfingers zugezogen hatte. Die Krankheit trat ungefähr am 1. III. 1915 auf, hatte aber das Aussehen einer gewöhnlichen Paronychie, weshalb die Krankenwärterin zunächst sich selbst mit antiseptischen Umschlägen behandelte. Die Diagnose Ulcus molle wurde erst bei einer Untersuchung am 4. IV. gestellt. Das Geschwür hatte sich nun in die Tiefe unter den Nagel gezogen. Am folgenden Tage war die linke Kubitaldrüse angeschwollen und empfindlich. Das Geschwür wurde mit Jodoformäther und Welanders feuchter Wärme, der Bubo gleichfalls nach letzterer Methode behandelt. Das Resultat war, daß nach vier Tagen das Geschwür sich beträchtlich gereinigt hatte, in der Tiefe aber immer noch unrein war, daß ferner der Bubo am linken Ellenbogen zu fast Hühnereigröße angewachsen und so empfindlich war, daß die Patientin

Digitized by Google

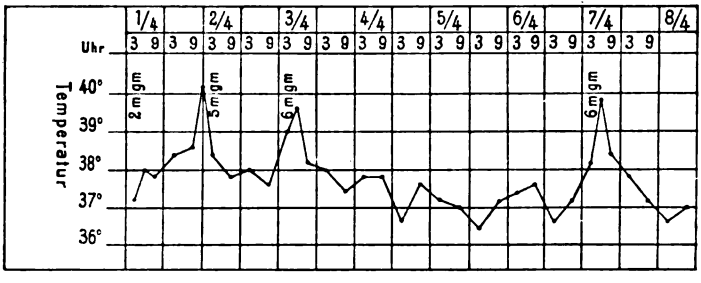
nicht den Ellenbogen bewegen konnte. Sie erhielt intravenöse Nukleinsäureinjektionen (siehe die Kurve) am 8. IV., 10. IV. und 12. IV. Höchsttemperatur 40,6°, Patient wurde aber gleichzeitig sehr krank mit Kopfschmerzen, Gefühl von Schwindel und Hustenreiz. Am 13. IV. war das Geschwür geheilt, der Bubo auf Walnußgröße verkleinert und unempfindlich. Er nahm dann fortgesetzt an Größe ab, so daß er am 16. IV. haselnußgroß war.



Fall 4. Intravenöse Nukleinsäureinjektionen.

Das Resultat war also, daß ein Geschwür, das mittels Chemotherapie und äußerer Wärmebehandlung nicht geheilt werden konnte, nach drei intravenösen Nukleinsäureinjektionen mit einer Temperatursteigerung bis auf 40,6° sich reinigte und heilte, sowie daß ein fast hühnereigroßer, empfindlicher Bubo durch dieselben drei Injektionen auf einen unempfindlichen, unbedeutenden Rest heruntergebracht wurde.

Fall 5. 28jähriger Landwirt. Hatte, als er am 31. III. in die Klinik aufgenommen wurde, fünf bis sechs Schankergeschwüre am Präputium und am Frenulum sowie eine knackmandelgroße Drüsenanschwellung in der linken Leiste. Wurde mit



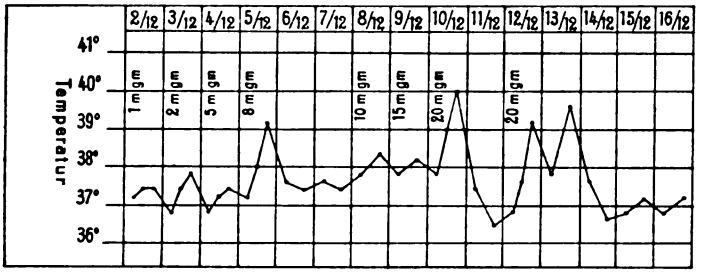
Fall 5. Intravenöse Nukleinsäureinjektionen.

intravenösen Nukleinsäureinjektionen (siehe die Kurve) mit dem Resultat behandelt, daß die Geschwüre nach drei Tagen fast rein und nach acht Tagen vollkommen rein und in fortschreitender Heilung begriffen waren. Nach derselben Zeit war die Drüsenanschwellung verschwunden. Höchsttemperatur 40,1°.

Fall 6. 36jähriger Arbeiter. Hatte bei seiner Aufnahme in die Klinik am 26. XI. 1915 aus unbekannter Ursache eine handtellergroße Ansammlung von angeschwollenen Lymphdrüsen teils oberhalb, teils unter dem Lig. Poupartii, an welch letzterer Stelle eine hühnereigroße, weiche und gerötete Anschwellung vorhanden war, im übrigen aber war der Bubo hart. Am 2. XII. wurde Behandlung mit Injektionen von Alttuberkulin begonnen, wie die beigegebene Kurve zeigt. Durch diese wurde die Ge-

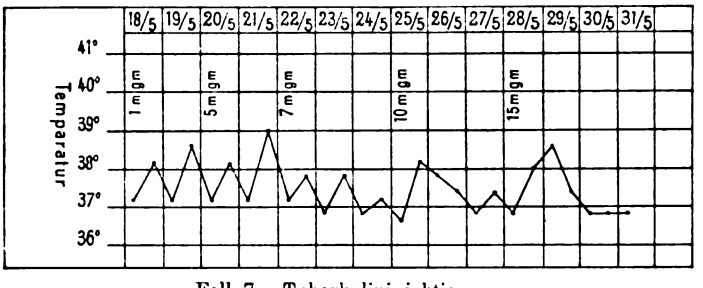
Digitized by Google

schwulst zur Erweichung und Resorption gebracht, so daß am 3. I. 1916 (also nach ungefähr einem Monat) nur tiefe, unempfindliche Reste vorhanden waren. Zwar blieben nach vorgenommenen Inzisionen noch ungeheilte Geschwüre bestehen, aber diese waren frisch granulierend.



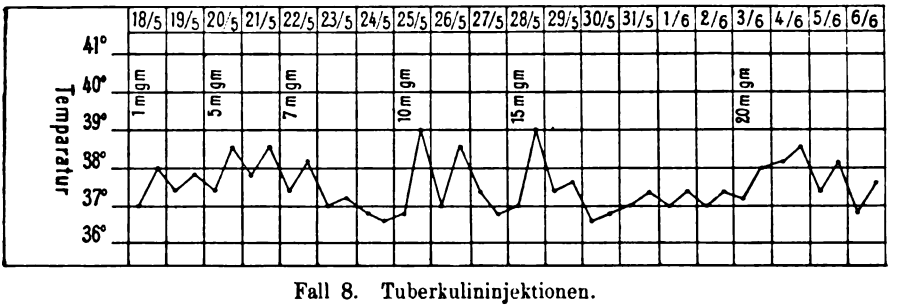
Fall 6. Tuberkulininjektionen.

Fall 7. 21jähriger Bauarbeiter. Hatte, als er am 26. IV. 1916 in die Klinik aufgenommen wurde, ein erbsengroßes und zwei stecknadelkopfgroße Schankergeschwüre am Präputium. Später trat in der linken Leiste eine Drüsenanschwellung auf, die trotz Stilliegens und Druckverband an Größe zunahm, so daß sie am 20. V. die Größe und



Fall 7. Tuberkulininjektionen.

Form einer halben Apfelsine hatte, beträchtlich empfindlich und von fester Konsistenz war. Patient wurde von diesem Tage an mit Tuberkulininjektionen (siehe die Kurve) behandelt, wobei das Resultat trotz nur unbedeutender Temperatursteigerung das war, daß die Anschwellung nach elf Tagen (am 31. V.) sich auf einen pfennigstückgroßen, unempfindlichen, dünnen Rest vermindert hatte.



Fall 8. Tuberkulininjektionen.

Digitized by Google

Fall 8. 25jähriger Seemann. Hatte bei seiner Aufnahme in die Klinik am 19. IV. in der rechten Leiste ein pflaumengroßes, hartes Drüsenpaket und in der linken Leiste einen gut hühnereigroßen, fluktuierenden Bubo mit geröteter Hautbedeckung. Die Fluktuation in diesem Bubo entwickelte sich mehr und mehr, und nach der Inzision stiegen die darunterliegenden Drüsen immer mehr in die Höhle hinauf. Auch der rechte Bubo ging in Eiterung über und wurde an zwei Stellen inzidiert, eine Tendenz zur Heilung konnte aber nicht wahrgenommen werden. Nach ungefähr einem Monat wurden Tuberkulininjektionen vom 18. V.—3. VI. (siehe die Kurve) mit dem Resultat vorgenommen, daß am 7. VI. das Geschwür in der linken Leiste fast geheilt und nur eine unbedeutende, diffuse Verhärtung von dem Infiltrat übrig war, und daß der rechte Bubo nur eine unempfindliche Höhle ohne ein Sekret und mit unbedeutendem Infiltrat ringsherum zeigte.

Diese Veruche scheinen mir zu zeigen, daß man durch künstliche Erhöhung der Körpertemperatur — Donath will sie „Hyperthermie" im Gegensatz zu dem Fieber bei Infektionskrankheiten benennen, während Bier hierfür den Namen „Heilfieber" vorgeschlagen hat — beträchtliche Besserungen bei Bubonen und einfachen Schankergeschwüren erzielen kann. Indiziert vor allem ist diese Behandlung in den Fällen, wo äußere Wärme nicht in hinreichendem Grade den Krankheitsherd beeinflussen kann.

Aber der Nutzen der künstlichen Temperatursteigerung, der „Hyperthermie" nach Donaths Bezeichnung, dürfte doch kaum auf Bubonen allein beschränkt sein. Mit größter Wahrscheinlichkeit haben wir uns zu denken, daß bei einer großen Anzahl infektiöser Entzündungen die Erhöhung der Körpertemperatur nützlich wirken kann, in voller Übereinstimmung mit der Ansicht, die das Fieber als ein Heilstreben der Natur betrachtet. Ich halte es daher für wahrscheinlich, daß mittels der Hyperthermie sehr gute therapeutische Resultate auf mehreren Gebieten zu erhalten sein werden.

Es ist jedoch keineswegs meine Absicht, zur Erzielung von Hyperthermie die beiden Verfahren, die ich angewandt habe, Nukleinsäure- und Tuberkulininjektionen, zu empfehlen. Im Gegenteil möchte ich betonen, daß die Erfahrungen, die ich bisher betreffs dieser beiden Methoden gesammelt habe, sie als sehr unvollkommen erweist. Zunächst leiden sie beide an einer beträchtlichen Unsicherheit, indem einige Patienten hohe Temperatursteigerung bereits bei kleinen Dosen, andere dagegen nur eine leichte Temperatursteigerung bei um ein Vielfaches größeren Dosen bekommen. Diese Verschiedenheit dürfte auf verschiedenen Zuständen der Patienten beruhen. Bei den meisten Fällen von Bubonen finden sich vermutlich im Körper größere oder kleinere Mengen von toxischen Stoffen, die den Körper für Temperaturerhöhungen prädisponieren können, in einigen Fällen mehr, in anderen Fällen weniger. Infolgedessen sind natürlich in verschiedenen Fällen verschiedene Mengen

Digitized by Google

des pyrogenetischen Stoffes zur Erzielung derselben Temperatursteigerung erforderlich. Subfebrile Fälle verlangen sehr wenig zur Verstärkung der begonnenen Temperatursteigerung. Diese Annahme erklärt auch, daß Paralytiker, die solcher resorbierter Stoffe ermangeln, soviel größere Mengen vertragen.

Ferner treten neben der Temperatursteigerung einige lästige Symptome auf, infolge deren der Patient sich sehr krank fühlt. Einige Patienten haben sich daher geweigert, sich weiter der Behandlung zu unterziehen.

Gleichzeitig damit, daß diese Versuche meines Erachtens auf die große Bedeutung hinweisen, die eine Hyperthermie in therapeutischer Hinsicht besitzen kann, haben also diese meine Studien mir gezeigt, daß wir bislang kein gutes pyrogenetisches Mittel oder keine gute pyrogenetische Methode, um diese erstrebenswerte Hyperthermie zu bewirken, besitzen. Bis es uns gelungen ist, eine gute solche Methode zu finden, wird wohl die Hyperthermie als Behandlungsmethode keine größere Rolle spielen. Es scheint mir jedoch, daß das Aufsuchen eines guten pyrogenetischen Mittels ein Arbeitsfeld für die Zukunft abgeben sollte. Da die Nukleinsäure ein seiner Zusammensetzung nach ziemlich variierender Stoff ist [siehe hierüber die Mitteilungen von C. Brahm (3)], so könnte eine Prüfung der Rolle, welche die verschiedenen Bestandteile der Nukleinsäure spielen, möglicherweise zur Entdeckung des in der Nukleinsäure temperaturerhöhenden Bestandteiles führen und ein seiner Wirkung nach konstanteres Präparat erhalten werden. Auch durch ein näheres Studium der anderen zuvor versuchten pyrogenetischen Methoden könnten vielleicht Verbesserungen dieser Therapie erreicht werden. Im Gegensatz zu vergangenen Zeiten, die danach strebten, das eine temperaturherabsetzende Mittel nach dem anderen darzustellen, sollte die Zukunft — so scheint es mir — die Darstellung immer besserer temperaturerhöhender Mittel erstreben.

Literatur.

1. Almkvist, J., Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis. Derm. W., 1913, Bd. 57, S. 1147. — 2. Bier, Die Transfusion von Blut, insbesondere von fremdartigem Blut und ihre Verwendbarkeit zu Heilzwecken von neuen Gesichtspunkten aus betrachtet. M. m. W., 1901, Nr. 15. — 3. Brahm, C., Über Nukleinsäuren. M. Kl., 1910, Nr. 3. — 4. Buchner, Über Hemmung der Milzbrandinfektion und über das aseptische Fieber. B. kl. W., 1890, Nr. 10. — 5. Dehio, Über Heilwirkung des künstlich hervorgerufenen Fiebers bei verschiedenen Krankheiten. Verhandl. des Kongresses für innere Medizin, 21. Kongreß, 1904, S. 478. — 6. Donath, J., Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nukleininjektionen. W. kl. W., 1909, Nr. 38, S. 1289. — 7. Donath, J., Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressiven

Digitized by Google

Paralyse mit Natrium nucleinicum. B. kl. W., 1910, Nr. 51, S. 2343. — 8. Eppinger, Falta und Rudinger, Über die Wechselwirkungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Zschr. f. kl. M., 1908, Bd. 66, S. 48. — 9. Ewald, G., Über intravenöse Verabreichung von Nukleinsäure und ihren Abbauprodukten beim Hunde. Zschr. f. exper. Path. u. Ther. 1913, Bd. 12, S. 348. — 10. Fischer, O., Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Nukleinsäure. Allg. Zschr. f. Psychiatrie, Bd. 69, H. 5, S. 753. — 11. Fischer, O., Das Problem der Paralysetherapie. Prag. m. W., 1913, Nr. 2 u. 3, S. 15 u. 28, s. a. M. m. W., 1912, Nr. 51, S. 2843. — 12. Hauber, F., Therapeutische Versuche mit Nukleinsäureinjektionen bei Psychosen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1914, Bd. 24, S. 1. — 13. Hannes, W., Resistenzerhöhungen des Peritoneums gegen Infektion mittels Nukleinsäure usw. Zbl. f. Gyn., 1906, Nr. 24, S. 681. — 14. Krehl, Versuche über die Erzeugung von Fieber bei Tieren. Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1895, Bd. 35, S. 222. — 15. Krehl und Matthes, Über die Wirkung von Albumosen verschiedener Herkunft sowie einiger diesen nahestehenden Substanzen. Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1895, Bd. 36, S. 437. — 16. v. Mikulicz, Über Resistenzerhöhung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen. Ber. üb. d. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir., 1904, Beilage zum Zbl. f. Chir., 1904, Nr. 27. — 17. Miyake, Experimentelle Studien zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen Infektionen. Mitt. Grenzgeb., 1904, Bd. 13. — 18. Pilcz, A., Über Heilversuche an Paralytikern. Jahrbücher f. Psych. u. Neur., 1905, Bd. 25, S. 141. — 19. Pilcz, Zur Tuberkulintherapie bei der progressiven Paralyse. W. m. W., 1907, Nr. 30. — 20. Pilcz, A., Zur Prognose und Therapie der Paralysis progressiva. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1910—1911, Bd. 4, S. 457. — 21. Renner, Künstliche Hyperleukozytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infektion. Mitt. Grenzgeb., 1906, Bd. 15. — 22. Stern, C., Über die Beeinflussung syphilitischer Erscheinungen durch Nukleinhyperleukozytose. M. Kl., 1907, Nr. 32. — 23. Stern, R., Über die Wirkung des Hydronaphthylamins auf den tierischen Organismus. Virch. Arch., 1889, Bd. 115, S. 14. — 24. Stern, R., Über den Einfluß des Tetrahydro-β-Naphthylamins auf den tierischen Stoffwechsel. Virch. Arch., 1890, Bd. 121, S. 376. — 25. Tschernoruski, Über die Wirkung der Nukleinsäure auf die fermentativen Prozesse im tierischen Organismus. Biochem Zschr., 1911, Bd. 36, S. 363. — 26. Tsiminokis, Nukleinsäurebehandlung der progressiven Paralyse. W. kl. W., 1912, Nr. 49, S. 1939. — 27. v. Wagner, Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrb. f. Psych. u. Neur., Bd. 7, S. 94. — 28. v. Wagner, Über die Behandlung der progressiven Paralyse. W. m. W., 1909, Nr. 37.

Mitteilungen aus der Literatur.

Akute Exantheme.

Fleckfieberbeobachtungen, von F. Meyer, A. Klink und E. Schlesies. (B. kl. W., 1916, Nr. 8.) Die Beobachtungen der Verfasser wurden an 134 Fällen angestellt. Diese werden der Schwere nach in drei Gruppen gegliedert: 1. leichte, mit kurzer Fieberdauer, geringem oder fehlendem Exanthem, ohne nervöse Erscheinungen, 2. mittelschwere mit diesen drei Symptomen in ausgesprochenem Maße, aber ohne schwere kollapsartige Herzerscheinungen, 3. schwere und schwerste, bei denen nervöse Symptome im Vordergrund stehen, vereint mit Störungen des Zirkulationsapparates. Über die Prognose stellen Verfasser als sichere Gesichtspunkte auf: 1. Das Fleckfieber ist nicht die unbedingt tödliche Krankheit, als welche sie im Anfang des Krieges nach einigen besonders tragischen

Digitized by Google

Fällen angesehen wurde, 2. je älter das betreffende Individuum ist, desto ungünstiger ist die Prognose, 3. die Erkrankung verläuft bei russischen Gefangenen in der Regel leichter als bei Deutschen. Die Behandlung war 1. eine allgemeine: Behandlung in freier Luft und vorbeugende Maßnahmen gegen die Herzschwäche (ausnahmslos vom ersten Tage an mittlere Digitalsdosen, weiterhin kleine Mengen davon, später Koffein und Kampfer in großen Dosen), 2. eine besondere: große Dosen von Optochin (0,25 O. hydrochloricum in keratinierten Perlen 6—8—10mal pro die, bei nicht mehr schluckenden 0,25—0,5 O. gelöst in 5 ccm Kampferöl subkutan täglich 2—3mal). Daneben sorgfältige Läusebekämpfung (vollständige Enthaarung der Kranken). (Mortalität dabei nur ungefähr 3%.) Für die persönliche Prophylaxe legen Verfasser Wert auf Enthaarung des Pflegepersonals und tägliche Bäder. Den Beschluß bilden eine Reihe von Einzelbeobachtungen des letzten der drei Verfasser. E. Klemm-Leipzig.

Zur Frage des Flecktyphus auf dem galizischen Kriegsschauplatze, von J. Kaup-München. (W. kl. W., 1916, Nr. 8.) Die Arbeit wendet sich gegen die Behauptung von Spät, die auf dem Kriegsschauplatze als Flecktyphus diagnostizierten Fälle entpuppten sich bei näherer Untersuchung als Abdominales. Nach dem Verfasser kann es keinem Zweifel unterliegen, daß typisches Fleckfieber vorkommt. Die Spezifität läßt sich erstens durch die Anwendung der Agglutinationsmethode von Weil und zweitens durch den Nachweis des von Bähr und Polz entdeckten Erregers der Krankheit sichern. Auf dem gesamten galizisch-ungarischen Kriegsschauplatze kamen im Winter 1914/15 1331 Fälle von Flecktyphus vor. Die Mortalität betrug 195 Individuen gleich 14,6%. Die Bekämpfung der Seuche durch das Entlausungsverfahren hat sich als richtig erwiesen. H. Vörner-Leipzig.

Weiterer Beitrag zur Frage der papulonekrotischen Umwandlung des Fleckfieberexanthems, von J. Kyrle und G. Morawatz-Wien. (W. kl. W., 1916, Nr. 14.) Nach einem ersten im November vorigen Jahres mitgeteilten Falle konnte der Verfasser im Dezember einen zweiten beobachten, der in analoger Weise verlief. Der Patient erkrankte am 18. XII., am 21. wurde das Exanthem in Gestalt von Roseolen beobachtet. Puls und Temperatur waren hoch, die Entfieberung trat am 14. Tage ein. Am 5. I. erschienen auf den Resten der alten Roseolen bis linsengroße ziemlich derbe Knötchen, die in den folgenden Tagen noch größer wurden und an der Kuppe nekrotisierten. Schließlich bedeckten sie sich mit einer Borke und heilten in 10—12 Tagen unter Hinterlassung einer kleinen Narbe ab. Histologisch fand sich in erweiterten Kapillaren die Bildung hyaliner Thromben, um dieselben eine diffuse Infiltrierung. Diese spät einsetzende Veränderung des Exanthems scheint durch den schweren Verlauf der Fälle bedingt. H. Vörner-Leipzig.

Beiträge zur Serodiagnostik des Fleckfiebers, von Papamarku-Berlin. (Zbl. f. Bakt., 1915, Bd. 77, H. 2.) Die Komplementbindungsreaktion mit alkoholischen Organextrakten als Antigen fällt beim Fleckfieber in einem hohen Prozentsatz der Kranken- und der Rekonvaleszenten-Sera positiv aus, wenn zur Anstellung der Reaktion frisches (aktives) Patientenserum benutzt wird. Bei Verwendung inaktivierter Sera ist die Zahl der positiven Reaktionen erheblich geringer. Die Reaktion trat vom dritten Krankheitstage ab auf und war bei Verwendung von aktiven Seris in der zweiten (bei inaktivierten Seris in der dritten) Krankheitswoche am häufigsten positiv. Sie wurde auch in der Rekonvaleszenz bis zur fünften Krankheitswoche positiv befunden. Die Reaktion ist vielleicht in gewissem Grade spezifisch, aber sowohl mit Lues- als auch mit Fleckfieber-Organextrakten zu erzielen. Dem positiven Ausfall der Reaktion kommt insofern eine differentialdiagnostische Bedeutung zu, als mit P.s Extrakten die Reaktion beim Typhus abdominalis fast immer negativ verlief. Auf Grund der Reaktion werden

Digitized by Google

sich daher ohne Exantheme verlaufende Erkrankungen als Fleckfieber erkennen lassen, besonders wenn eine zunächst positiv verlaufende Reaktion einige Zeit später wieder negativ ausfällt. O. Gans, z. Z. Karlsruhe.

Zur Differentialdiagnose zwischen Typhus exanthematicus und abdominalis, von Paul Habetin-Wiener Neustadt. (W. kl. W., 1916, Nr. 2.) Der Verfasser beobachtete Fälle, bei denen das klinische Bild und besonders die Fieberkurve für Typhus exanthematicus charakteristisch waren. Dagegen sprach die Agglutinationsprobe einwandfrei für einen Abdominalis. Weiterhin fand sich neben den Agglutininen der komplementbindende Antikörper der Abdominalisinfektion. Auch der Obduktionsbefund entschied für den Typhus exanthematicus. Für die naheliegende Vermutung einer Mischinfektion ist der Verfasser nicht. H. Vörner-Leipzig.

Über Flecktyphus und hämorrhagischen Typhus, von Karl Walko-Prag. (W. kl. W., 1916, Nr. 11.) Kurzer Bericht über den Verlauf, die Erscheinungen des Beginns, Entwicklung des Exanthems, Komplikationen, Fehlen der Rezidive usw. Bei der Differentialdiagnose wird auf die Schwierigkeiten der Unterscheidung vom Abdominalis und den Paratyphen eingehend hingewiesen. Bezüglich der Übertragung und der Prophylaxe wird auf die Bedeutung der Läuse und auf die Maßnahmen zu ihrer Beseitigung eingegangen. H. Vörner-Leipzig.

Zur serologischen Diagnose des Fleckfiebers, von E. Weil und A. Felix. (W. kl. W., 1916, Nr. 2.) Die Verfasser züchteten aus dem Harn eines Patienten einen Keim, welcher sich durch seine kulturellen Eigenschaften von Typhus, Paratyphus, Dysenterie und Kolibakterium scharf unterscheidet. Er agglutinierte niemals mit den Seren dieser Krankheiten, wohl aber regelmäßig mit den Seren von Flecktyphuskranken. Die spezifischen Agglutinine treten bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung auf. Zur Zeit des Exanthems haben sie ihr Maximum, bleiben während der etwa 14tägigen Fieberperiode auf dieser Höhe und verschwinden nach der Entfieberung rasch. Etwa zwei Monate nach der Entfieberung geben die Rekonvaleszentensera selbst in Verdünnungen zu 1 : 25 die Agglutination nicht mehr. Bei Seren anderer Herkunft (Abdominalis, Rekurrens) treten in 12% derselben Normalagglutinine auf, welche sich aber qualitativ durch eine lockere Flockung und durch die längere Zeit beanspruchende Reaktion von der spezifischen Agglutination unterscheiden. Der Keim, welcher selten zu finden ist, wird nicht als der Erreger des Flecktyphus betrachtet.

H. Vörner-Leipzig.

Über Varizellen bei Erwachsenen, von R. Forsius. (Finska Läkaresällskapets Handlingar, Bd. 57, Nr. 10.) F., dem der Mangel an Übereinstimmung zwischen den Angaben der Lehrbuchverfasser in bezug auf das seltene Vorkommen der Varizellen bei Erwachsenen einerseits und seinen eigenen Erfahrungen aus den Jahren 1911—1912 andererseits auffällig erschienen war, hat aus dem früheren Varizellenmaterial des Krankenhauses (für epidemische Krankheiten zu Helsingfors) 15 hierher gehörige Fälle mit neun von ihm selbst beobachteten zusammengestellt, und zu diesen noch zwei weitere Helsingforser Fälle hinzugefügt, in denen die Diagnose Varizellen völlig einwandfrei war. Sämtliche 26 hier erwähnte, das Alter von 15—41 Jahren betreffende Fälle sind je von mehreren Ärzten beobachtet und die Diagnose ist erst nach wiederholten Untersuchungen gestellt worden. — Außerdem teilt F. eine Tabelle über die in Helsingfors in den Jahren 1895—1914 angemeldeten Fälle von Varizellen mit. Aus dieser Zusammenstellung ist ersichtlich, daß auf die Altersgruppe über zehn Jahre 7% der Erkrankungsfälle entfallen, ein Verhältnis, das mit den Angaben von Geusers (8,6%), Staeublis (4%) und Jochmanns (6%) für das entsprechende Alter recht wohl

Digitized by Google

im Einklang steht. — Verfasser erörtert noch die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varizellen und legt dabei das Hauptgewicht auf die verschiedene Entwicklung der Effloreszenzen. — (Eigenbericht.) W. Holland-Kristiania.

Die Reinkultur des Pockenerregers, von W. Fornet-Berlin. (W. m. W., 1913, Nr. 41.) Pockenbläschen durch 24 Stunden mit Äther geschüttelt, werden bakteriologisch vollkommen steril, ohne daß das Pockenvirus dadurch geschädigt würde. Der Äther wird durch Abgießen und Verdunsten entfernt und durch sterile Bouillon ersetzt; davon werden dann in steigender Verdünnung Kulturen in Kinderserum-Zuckerbouillon unter streng anaeroben Bedingungen angelegt. Bei der Impfung auf ein Kalb zeigt sich nach fünf Tagen geringe Rötung und Verdickung; die daraus gewonnene Lymphe bewirkt beim Kalbe kräftige, saftige Pockenpusteln. In der Lymphe und den Kulturen finden sich kleinste, runde, unbewegliche Körperchen, die in charakteristischer Weise zu zweien liegen, von einem zarten Hofe umgeben und durch eine feine Brücke miteinander verbunden sind. Zuweilen sieht man Sprossung nach Hefeart. Wenn sich auch noch Einwände machen lassen, glaubt Verfasser doch den Erreger der Pocken vor sich zu haben, den er Microsoma variolae s. vaccinae nennt. In praktischer Hinsicht ist vorläufig die große Haltbarkeit der Ätherlymphe wichtig, die geeignet ist, die Glyzerinlymphe zu ersetzen. R. Frühwald-Leipzig.

Impfschutz, von Heldmann. (D. Strafrechts-Ztg., 1916, H. 1/2.) Der Verfasser bespricht einige Mängel des Seuchengesetzes, die sich besonders bei der Anzeigepflicht des Arztes bei der Pockenkrankheit fühlbar machen. A. Gunsett-Straßburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Kann uns die Lepra in den russischen Ostseeprovinzen gefährlich werden? von A. Blaschko. (D. m. W., 1915, Nr. 23.) Prissmann schätzte die Zahl der Leprösen in den Ostseeprovinzen im Jahre 1904 auf etwa 1000. Seitdem scheint aber eine beträchtliche Abnahme stattgefunden zu haben. Wenn auch die Übertragungsgefahr nur äußerst gering sein kann, da selbst in den von der Lepra am stärksten durchseuchten Ländern die Erkrankung nie einen niedrigen Prozentsatz übersteigt, so ist doch bei der Invasion so großer Menschenmassen, wie sie der jetzige Krieg mit sich bringt, selbst ein geringer Prozentsatz von Erkrankungen an einer so schweren Erkrankung von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Es scheint nicht unmöglich, daß auch die Lepra durch blutsaugende Parasiten — Flöhe, Wanzen oder Läuse — übertragen wird und die Tatsache, daß gewisse Menschen gegen eine Leprainfektion immun sind, erklärt sich dann vielleicht dadurch, daß, wie dies z. B. von den Flöhen bekannt ist, nicht alle Menschen von diesen Tieren aufgesucht werden. In Häusern, wo Leprakranke gewohnt haben, soll kein deutscher Soldat Quartier nehmen; an die Truppen sollen vorbeugende Mittel (Naphtalin, Kresolpuder usw.) verteilt werden. In den bestehenden Leprosorien und von den Ortsvorständen müßte man Namen und Wohnung von Leprakranken zu erfahren suchen. E. Brinitzer-Altona.

Momente aus der Geschichte der Lepra, von D. W. Montgomery-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 11. Sept. 1915.) Verfasser gibt einen kurzen Hinweis auf die Darstellungen der alten griechischen, lateinischen und arabischen medizinischen Schriften und betont, daß das Zaorath des alten Testamentes zu Unrecht mit Lepra übersetzt worden ist; die richtige Übersetzung dürfte (englisch) „taboo", d. h. verfemt, sein. Die Kontagiosität des Leidens wurde und wird noch heute seiner Meinung nach stark übertrieben. A. Philippi-Salzschlirf.

Digitized by Google

Materialsammlung für eine künftige Bearbeitung der Lepraätiologie. Herausgegeben von P. G. Unna. (Hamb. m. Überseehefte, 1914, Nr. 7.) U. hat von seiner Bibliothekarin Helene Schulz eine Zusammenstellung der Literaturstellen machen lassen, die für die Frage der Lepraätiologie von Wichtigkeit sind, insbesondere für die Frage des Primäraffekts der Nasenschleimhaut. Nach der Meinung von U. ist bis jetzt nur unbestrittene Tatsache, daß die Nasenschleimhaut einen hervorragenden Prädilektionsort der Leprabazillen bildet.

E. Brinitzer-Altona.

Lepra, von John A. Johnston. (Philippine J. of Science, 1915, Nr. 6.) Eine kurze Anleitung zur klinischen und mikroskopischen Diagnose der Lepra.

A. Gunsett-Straßburg.

Die Ätiologie und Therapie der Lepra, von E. D. Chipman-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 11. Sept. 1915.) Verfasser schließt sich der Ansicht an, daß bei der Übertragung der Lepra verschiedene Insekten wie Fliegen, Wanzen, die Krätzmilbe, nicht aber Moskitos, wohl eine Rolle spielen dürften. Betreffs der Therapie kommt er nach einer Aufzählung der wichtigsten neueren Behandlungsarten zu dem Resultat, daß die Verwendung von Chaulmoograöl, innerlich oder subkutan gegeben, bei gleichzeitiger Anwendung von lokalen Einreibungen mit Salizylsäure, Chrysarobin usw. und häufigen Bädern noch die besten Resultate liefert.

A. Philippi-Salzschlirf.

Symptome und Diagnose der Lepra, von H. Morrow u. A. W. Lee-San Francisco. (J. Am. m. Assoc., 11. Sept. 1915.) Die Arbeit enthält einen Bericht über 13 im Isolation Hospital of San Francisco beobachtete Fälle und eine Schilderung der Symptome und der Stellung der Diagnose, wobei Verfasser sich noch auf sonstige Beobachtungen aus ihrer Praxis stützen.

A. Philippi-Salzschlirf.

Lepra oder Syringomyelie? von G. B. Hassin, G. Burke und J. Nuzum-Chicago. (J. Am. m. Assoc., 17. Juli 1915.) Verfasser berichten über eine 62jährige Kranke, gebürtig aus Norwegen, welche im achten Lebensjahre die ersten Symptome von Lepra in Form von Schmerzen und Geschwürsbildungen an den Füßen darbot und im Laufe der Zeit beide Füße vollständig und alle Finger bis auf den einen Daumen infolge von stets rezidivierenden Ulzerationen und den dadurch notwendig werdenden Amputationen eingebüßt hat. Der bakteriologische Befund war nicht beweisend, da in dem den unteren Extremitäten entnommenen narbigen Gewebe nur spärliche, dem Tuberkelbazillus ähnliche Mikroorganismen und keine sogenannten Leprazellen gefunden wurden; davon abgesehen aber kommt man bei Berücksichtigung des ganzen, eingehend geschilderten klinischen Bildes zu dem Ergebnis, daß es sich tatsächlich um Lepra und nicht etwa um Syringomyelie handelte.

A. Philippi-Salzschlirf.

Die neueren Fortschritte in der Behandlung der Lepra, von Viktor G. Heiser-New York. (New York m. J., 12. Febr. 1916.) Unter Anführung von drei besonders auffallend günstig beeinflußten Fällen tritt H. warm für die Anwendung des Chaulmoograöls ein, das zwar kein Spezifikum sei, aber jedenfalls bessere Resultate geliefert habe als irgend ein anderes Mittel bisher. Mit Kampferöl zu gleichen Teilen vermischt ist es, hypodermatisch eingespritzt, gut resorbierbar, was mit anderen Vehikeln nicht der Fall ist und bis jetzt die Anwendung erschwerte. In manchen Fällen führte es zu völliger Heilung, in anderen zu bedeutender Besserung, und fast stets bewirkt es einen Stillstand im Fortschreiten des Leidens. Mag es sich um die hypertrophische (tuberkulöse), anästhetische oder die Mischform desselben handeln, bei allen erwies sich das

Digitized by Google

Chaulmoograöl gleicherweise wirksam. H. möchte jedoch nicht in Abrede stellen, daß bei anderen Behandlungsmethoden Besserungen der Lepraaffektion vorkommen und daß sie, wenn unter bessere hygienische Verhältnisse und Krankenhausbehandlung gebracht, günstig beeinflußt werden. Von der internationalen Gesundheitskommission, die speziell die Einzelheiten der Chaulmoograölbehandlung in allen Ländern, wo Lepra vorkommt, studieren wird, erwartet H. eine völlige Klärung dieser Frage.

M. Stern-München.

Die Behandlung der ulzerösen Hautläsionen bei Lepra mit basischem Fuchsin, von Oswald E. Denney. (Philippine J. of Science, 1915, Nr. 6.) Bei der Behandlung der chronischen Ulzerationen bei Lepra liegt die Hauptschwierigkeit in der Erzielung einer Epithelisierung, während die Reinigung der Wunde mit Hilfe einer Reihe von Antiseptizis relativ leicht erreicht werden kann. Dem Verfasser gelang es in vielen Fällen eine gute Epithelisierung dadurch zu erzielen, daß er die Ulzerationen mit Watte bedeckte, die mit einer wäßrigen Lösung von basischem Fuchsin (1 : 500) getränkt waren. In dieser Stärke wurde die Lösung nur einige Tage verwendet. Sobald sich Brennen einstellte, verdünnte Verfasser die Lösung auf 1 : 1000 und behielt diese Verdünnung bis zur erfolgten Epithelisierung bei. A. Gunsett-Straßburg.

b. Tuberkulose.

Kriegsverletzungen und Tuberkulose, von Ferdinand Schramm-Wien. (Militärarzt, 1915, Nr. 18.) Verfasser weist auf diejenigen Fälle hin, in welchen ein Trauma an der Stelle seiner Einwirkung in einem bereits tuberkulös infizierten Organismus eine lokale Tuberkulose erzeugt. Dabei kann es sich um eine vollständig latente Tuberkulose im Körper handeln; in solchen Fällen dürften schon wenige selbst in ihrer Pathogenität geschwächte Bazillen genügen. Er illustriert diesen Hinweis durch zwei Fälle, welche Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose aufweisen.

W. Chrzelitzer-Posen.

Zur Heilung der chirurgisch-tuberkulösen Erkrankungen und der trägen nekrotischen Geschwüre, von Rudolf Mandl-Budapest. (W. m. W., 1913, Nr. 42.) Verfasser hat das Pfannenstielsche Prinzip der Tuberkulosebehandlung, nämlich die Freimachung von Jod im Gewebe durch kombinierte Anwendung von NaJ intern und H_2O_2 extern, in einem Pulver, Ulsanin genannt, vereint. Bei Berührung mit Feuchtigkeit entwickelt sich sofort freies Jod und Sauerstoff in statu nascendi. Verfasser referiert die einzelnen günstigen Berichte. Bei ulzeriertem Lupus vulgaris reinigen sich die Geschwüre rasch. Doch sollen auch tiefer eingebettete Knötchen beseitigt werden.

R. Frühwald-Leipzig.

Über die Behandlung der äußeren Tuberkulose mit Lekutyl und künstlichem Sonnenlicht, von Artur Strauss-Barmen. (M. m. W., 1916, Nr. 13.) Nachdem sich Strauss an einer großen Zahl von Fällen festgestellt hatte, daß die Lekutylmethode (Lezithin-Kupferbehandlung) ein brauchbares Verfahren zur Lupusbehandlung darstellt, das sich auch durch schöne, glatte und weiche Narbenbildung auszeichnet, leitete ihn der Wunsch, es dadurch noch nutzbarer zu machen, daß er es mit anderen Methoden vereinigte. Insbesondere überzeugte er sich an vergleichsweise gemischt mit der Quarzlampe behandelten Fällen, daß die Vereinigung der Kupferbehandlung mit derjenigen mit ultravioletten Strahlen eine besonders empfehlenswerte Kombination ist, was auch durch Thedering bestätigt wurde. Eine weitere Anregung, in dieser Richtung fortzuschreiten, fand er in den Erfahrungen mit Allgemeinbestrahlungen durch natürliches Sonnenlicht und mit den ultravioletten Strahlen der sogenannten künstlichen

Digitized by Google

Höhensonne, und er legte sich die Frage vor, ob sich in den Allgemeinbestrahlungen mit künstlichem Lichte eine Unterstützung der noch mangelhaften chemotherapeutischen Wirkung des Kupfers vom Blute aus böte. Er verfolgte diese Frage insbesondere auch unter dem Gesichtspunkte einer Verkürzung und Verbilligung der ganzen Behandlung. Er kam so zur Vereinigung der örtlichen oder, bei endogener Natur der äußeren Tuberkulose, auch inneren Lekutylbehandlung mit Allgemeinbestrahlungen mit der künstlichen Höhensonne, wobei er folgendermaßen vorging: „Die Kranken erhielten wie bisher 2—3mal wöchentlich ihren örtlichen Lekutylverband. Nebenher wurden sie bei ambulanter Behandlung 2—3mal wöchentlich, bei klinischer möglichst täglich allgemein bestrahlt. Die Verbände blieben liegen, die örtlichen Herde wurden also nicht dem Lichte ausgesetzt. Die Bestrahlungszeiten wurden langsam bis zu einer halben Stunde und mehr bei einem Abstand von ungefähr 1 m bis 50 cm gesteigert, und in jeder Sitzung wurde dem Licht der künstlichen Höhensonne unter gleichzeitiger Benutzung des Glühlampenringes nacheinander die vordere und hintere Körperfläche ausgesetzt.“ Die Resultate waren ganz überraschend günstig, und diese Kombination scheint dem Verfasser ein sicherer Weg zur Bekämpfung der äußeren Tuberkulose in allen ihren Erscheinungsformen zu sein, der „unter Ausschaltung kostspieliger, langwieriger, umständlicher und schmerzhafter, örtlicher Lichttherapie vor allem dadurch sich auszeichnet, daß er nicht nur zur Heilung der äußeren Erscheinungsformen, sondern auch zur erfolgreichen Behandlung der tuberkulösen Menschen führt.“ Was die biologische Erklärung dieser Wirkung anbetrifft, so betrachtet er den allgemeinen Einfluß des Kupfers auf den lebenden Organismus als einen katalytischen, da wir wissen, daß die Metallsalze, also auch die Salze des Kupfers, katalytische Sauerstoffüberträger sind, daß sie die Oxydationsprozesse des Blutes beschleunigen. Auch das Licht ist ein Katalysator, und das Sonnenlicht, ja schon das diffuse Tageslicht und ebenso die ultravioletten Strahlen künstlicher Lichtquellen (Quarzlampe) können in Gegenwart von Schwermetallen in gesteigertem Maße katalytische Umwandlungen bewirken. Die Eigenschaft der Metallsalze, also auch der Kupfersalze als katalytische Sauerstoffüberträger, wird durch die strahlende Energie beschleunigt. In diesen die Oxydationsvorgänge steigernden und beschleunigenden Wechselwirkungen des Kupfers und des künstlichen Sonnenlichtes in Verbindung mit der spezifischen Kraft des Lekutyls scheint dem Verfasser der Schlüssel dafür zu liegen, „daß die hier geschilderte kombinierte Behandlung erheblich schnellere und tiefere Resultate bei der äußeren Tuberkulose ergibt als jede der beiden Methoden allein“.

A. Gunsett-Straßburg.

Verschiedenes.

Priv.-Doz. Dr. Joseph Kyrle in Wien hat aus der Wedl-Stiftung der kais. Akademie der Wissenschaften 1000 Kronen zwecks Experimentalstudien über Lepra zubewilligt erhalten.

Dr. Gustav Kulisch in Halle a. S. erhielt den Titel Sanitätsrat.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Verschiedenes“) ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Verantwortlich für die Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. P. Taenzer, Bremen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

Digitized by Google

Digitized by Google